

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 32

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1919

PAR

Louis DAVY

Né à Villedieu (Manche), le 7 Mars 1889

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président</i> .	Assesseurs.
		VALLOIS, professeur.	
		DE ROUVILLE, prof. adjoint.	
		GRYNFELTT, agrégé.	



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3. Rue Ferdinand-Fabre; 3

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1919

PAR

Louis DAVY

Né à Villedieu (Manche), le 7 Mars 1889

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	} Assesseurs.
		VALLOIS, professeur.	
		DE ROUVILLE, prof. adjoint.	
		GRYNFELTT, agrégé.	



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☼).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ☼) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ☼, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (☼) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ☼).	J. DELMAS (☼).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, professeur, président	MM. DE ROUVILLE, prof. adjoint.
VALLOIS, professeur.	GRYNFELTT, prof. agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

L.-V. DAVY.



Digitized by the Internet Archive
in 2026



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

I

INTRODUCTION

L'ovarite scléro-kystique est un syndrome anatomo-clinique, dont les caractères cliniques essentiels sont l'existence de douleurs pelviennes à caractère névralgique et la lésion anatomique principale une dégénérescence micro-polykystique des ovaires.

Cette affection, dont la connaissance date des premières ovariectomies, a fait l'objet de travaux nombreux ; malgré toutes les recherches, l'histoire en demeure encore entourée de pas mal d'obscurité ; tous les chirurgiens ont été frappés par la bizarrerie de la coexistence d'un syndrome clinique toujours intense, marqué surtout par des douleurs intolérables, avec des lésions ovariennes minimales, constatées à l'examen génital ou à l'opération.

Il est essentiel, tout d'abord, de bien se pénétrer de cette idée que la transformation micro-kystique des ovaires peut se rencontrer dans des conditions très diverses :

1° Elle accompagne la plupart des tumeurs génitales : fibromes, cancers et chorio-épithéliomes utérins, tumeurs d'un ovaire ou de la trompe ;

2° Dans nombre de salpingo-ovarites, sous une trompe enflammée, volumineuse, au milieu de masses inflammatoires pelviennes, l'ovaire se présente avec les lésions de la dégénérescence micro-polykystique ;

3° A côté de ces dégénérescences micro-polykystiques des ovaires, que nous pouvons appeler *secondaires*, soit qu'elles se développent au cours de l'évolution d'une tumeur pelvienne, soit qu'elles fassent partie intégrante du tableau anatomique de la salpingo-ovarite, existe une troisième forme de cette lésion qui mérite le nom de « dégénérescence micro-polykystique essentielle ». Elle se développe chez des jeunes filles et des jeunes femmes en dehors de toute infection génitale, elle se caractérise par un syndrome douloureux et hémorragique parfois caractéristique, elle constitue la seule lésion manifeste qu'on rencontre à l'opération, sur laquelle dès lors on fait porter toute la responsabilité des symptômes accusés par la malade.

C'est de cette « ovarite scléro-kystique », comme l'appellent tous les classiques, que, sur les conseils de M. le professeur Massabuau, nous voulons faire une étude qui porte sur l'anatomie pathologique et la physiologie pathologique des symptômes. Cette étude est basée sur sept observations bien étudiées par MM. les professeurs Forgue et Massabuau et publiées dans un mémoire important de la *Revue de Gynécologie*. Nous nous appuierons sur elles pour tâcher de jeter quelque clarté sur l'histoire de cette maladie, en particulier sur quelques points qui concernent son anatomie pathologique et sa pathogénie.

II

OBSERVATIONS

Publiées par MM. les professeurs Forgue et Massabau, in
Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, 1910

OBSERVATION PREMIÈRE

Ovarite scléro-kystique double prédominante à gauche. Rétrodéviation utérine.

Histoire clinique. - C... L..., âgée de 30 ans, réglée à 16 ans, a eu trois accouchements normaux et pas d'avortements. Le dernier accouchement remonte à trois ans. C'est depuis lors qu'elle se plaint de souffrir dans le ventre et dans la région lombaire ; les douleurs sont prédominantes du côté gauche et se montrent surtout au moment des règles.

Les règles sont irrégulières. En septembre et octobre, l'écoulement menstruel est supprimé, mais la malade souffre tout de même, et depuis lors les douleurs ont été en augmentant d'intensité et sont devenues presque continues, empêchant la malade de se livrer à ses occupations habituelles.

Pertes blanches peu abondantes.

Envies fréquentes d'uriner. Jamais de douleur à la miction.
Constipation très marquée.

Par le toucher, on perçoit l'utérus en rétrodéviation réductible et, dans le cul-de-sac gauche, un ovaire volumineux et douloureux.

Diagnostic : Rétrodéviation utérine. Ovarite scléro-kystique prédominante à gauche.

Le 20 janvier 1908, on enlève, par la voie abdominale, les deux ovaires scléro-kystiques. Le raccourcissement des ligaments larges déterminé par le rapprochement des deux pédicules utérin et ovarien suffit à redresser l'utérus.

Le 20 février, la malade sort guérie.

Examen macroscopique. — L'ovaire gauche a le volume d'une noix environ : il est allongé, il présente à son pôle externe un kyste séreux et transparent, du volume d'un gros noyau de cerise. La surface libre d'adhérences est bosselée de petits kystes dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à un gros pois. Elle présente encore des sillons profonds séparant des travées blanchâtres de substance ovarienne.

L'ovaire droit, peu augmenté de volume, est moins kystique.

Etude histologique. — Ovaire gauche. L'épithélium de surface est partout desquamé ; l'albuginée ni la couche corticale ne présentent des lésions de sclérose appréciables.

Les follicules primordiaux normaux sont nombreux dans cette couche corticale. Dans un follicule en voie d'accroissement qui est sous-jacent à l'écorce, on note la structure suivante : la granuleuse est normale autour de l'œuf que l'on aperçoit bleuté, par transparence. Autour de cette granuleuse saine, existe une couche épaisse de cellules à lutéine. Ce sont des cellules plus claires et plus volumineuses que les cellules épithéliales ; leur noyau est arrondi ou ovale, plus

faiblement coloré que le noyau des cellules de la granuleuse ; il renferme plusieurs nucléoles très brillants et un réticulum chromatique très caractérisé ; le protoplasma est nettement limité par une ligne de condensation cytoplasmique ; principalement à sa périphérie, il est creusé de vacuoles qui sont claires et vides dans les préparations traitées par le toluène et montées au baume, qui renferment des enclaves lipoïdes colorées en noir par l'acide osmique dans les préparations montées à la glycérine.

Nous n'avons pas vu dans ces cellules de figures caryocinétiques.

Entre ces cellules très serrées les unes contre les autres, courent de nombreux capillaires sanguins réduits à leur paroi endothéliale, et dont quelques-uns sont rompus.

Cette couche de cellules lutéiniques est irrégulièrement limitée du côté externe ; à ce niveau, les cellules épithéliales s'infiltrant dans le stroma et se continuent d'une insensible, mais visible façon, avec les cellules conjonctives vraies.

Tout à côté de ce follicule, on en voit un autre de volume moyen, qui constitue un petit kyste lutéinique.

Sa lumière, de forme triangulaire, est visible à l'œil nu ; elle est remplie par des cellules de forme arrondie, séparées les unes des autres, qui représentent des débris de la granuleuse dégénérée ; en un point, dans un amas de ces cellules, on voit l'œuf dégénéré et vacuolisé ; quelques-unes de ces cellules de la granuleuse modifiées restent encore attachées à la paroi du kyste.

Cette paroi est limitée à sa face interne par une membrane homogène, hyaline, bien colorée en rose par l'éosine, en bleu par le picro-indigo-carmin. En dehors de cette bande, existe une couche de cellules lutéiniques épaissies ; elle est envahie par du tissu conjonctif qui sépare les cellules en petits amas ; la thèque externe encapsule assez régulièrement

la petite formation ; elle présente des vaisseaux congestionnés.

Tout à côté, existe un follicule de volume identique au précédent. La limite interne du kyste est formée par une bande réduite de granuleuse dans laquelle on ne peut voir ni cumulus ni ovule. En dehors de cette couche, il n'y a pas de bande hyaline. La couche des cellules lutéiniques est épaisse, plus épaisse dans les points où la granuleuse est moins dégénérée. La limite externe de cette zone est très irrégulière, elle renferme de nombreux capillaires très congestionnés.

On trouve dans les diverses préparations plusieurs follicules à ce stade de l'évolution atrophique.

Signalons un follicule dans lequel la couche lutéinique présente un prolongement massif qui s'enfonce en c dans le stroma ovarien ; dans ce prolongement, les cellules présentent des figures de caryocinèse indubitables.

Un autre follicule présente une cavité entièrement libre, une paroi revêtue d'une membrane hyaline assez épaisse qui pousse des prolongements dans la couche lutéinique qui lui est intimement accolée. Cette formation hyaline se reconstitue à la périphérie de la couche lutéinique, sous forme de travées hyalines qui se dispersent et s'effilochent dans le tissu conjonctif et qui paraissent être dues à la transformation spéciale de la substance conjonctive fondamentale.

Les grands kystes présentent une structure tout à fait comparable à celle que nous venons d'étudier ; tous sont des kystes lutéiniques. La couche lutéinique, plus ou moins épaisse, tantôt forme elle-même le revêtement de la cavité, tantôt est séparée de cette cavité, soit par une membrane granuleuse non encore dégénérée, soit par une bande hyaline.

Dans une seule série de préparations, nous avons trouvé dans le stroma ovarien des îlots de cellules à lutéine. L'un d'eux est typique. C'est un œuf irrégulièrement arrondi sur la

coupe qui est formé par des cellules claires qui s'éparpillent à la périphérie dans le tissu conjonctif ; il est traversé par de nombreux capillaires gorgés de sang, dont la disposition générale est en sens radiaire.

A un fort grossissement, ces cellules ont tous les caractères des grosses « cellules interstitielles » de l'ovaire.

Dans d'autres préparations, on se trouve en présence de stades plus avancés du processus régressif ; on y rencontre tous les degrés de l'atrésie oblitérante, tous les degrés de la transformation des kystes lutéiniques en kystes à paroi conjonctive simple.

Un follicule typique en voie d'atrésie présente cette forme triangulaire si souvent notée ; dans sa cavité, on voit encore un petit amas de cellules de la granuleuse modifiées, dans lequel l'œuf dégénéré existe encore et se reconnaît à la présence de la membrane pellucide.

La paroi de ce follicule est formée en allant de dedans en dehors par les couches suivantes : *a*) une couche de tissu conjonctif fibrillaire qui tend à gagner la partie centrale de la cavité et qui provient de la prolifération du tissu conjonctif de la thèque externe ; *b*) une membrane hyaline très belle ; *c*) une épaisse couche lutéinique dans laquelle les cellules claires sont déjà dissociées par l'envahissement du tissu conjonctif provenant de la thèque externe.

Ces cellules dissociées sont plus claires encore que les cellules lutéiniques des autres kystes ; leur protoplasma est creusé de larges vacuoles ; ce sont des cellules dont la fonction glandulaire est terminée.

Dans un follicule encore plus avancé dans son évolution, nous trouvons une cavité qui se rétrécit de plus en plus, envahie par un tissu conjonctif lâche, d'aspect myxomateux, qui la comble. La membrane hyaline existe encore ; en dehors d'elle, la couche lutéinique est méconnaissable ; elle est la

proie de l'envahissement conjonctif qui aboutit progressivement à la disparition des cellules claires.

Il y a encore des follicules complètement oblitérés qui sont constitués : *a*) par une tache claire centrale représentant la cavité folliculaire comblée par du tissu conjonctif très lâche ; *b*) par une couronne de tissu conjonctif dont les fibres sont disposées en sens radiaire et qui est remarquable par sa richesse en cellules rondes ; c'est la couche conjonctive qui a remplacé progressivement la couche lutéinique ; autour d'elle, le stroma ovarien reprend peu à peu son aspect normal.

Il existe enfin des follicules depuis longtemps oblitérés, qui se présentent simplement sous forme de cicatrices à contours irréguliers qui tranchent par leur coloration pâle sur le stroma ovarien plus sombre ; ces cicatrices fibreuses se rencontrent surtout à la périphérie de l'ovaire, dans la couche corticale.

Il y a des follicules plus volumineux, kystiques véritablement, qui ne peuvent s'oblitérer ; le processus d'envahissement conjonctif de la cavité s'ébauche, puisque ces follicules sont revêtus, à leur face interne, d'une couche conjonctive dont le contour est très irrégulier, mais ne peut s'achever, la pression du liquide intra-folliculaire étant trop considérable.

La couche lutéinique n'en est pas moins envahie dans ces follicules par la prolifération conjonctive qui vient de la thèque externe et qui tend à l'étouffer et à la faire disparaître.

Dans quelques grands kystes, il semble qu'il se soit passé un processus comparable à celui de l'atrésie oblitérante. Leur cavité ne s'oblitére pas, mais leur paroi peut présenter les trois structures suivantes : paroi formée d'une couche lutéinique très nette, paroi formée d'une couche lutéinique envahie par le tissu conjonctif périphérique et disparaissant progressivement, paroi uniquement constituée de tissu conjonctif riche en cellules, dont les couches les plus internes renferment presque uniquement de grosses cellules rondes.

On trouve encore dans ces préparations quelques corps jaunes et plusieurs corps fibreux.

Le stroma présente une congestion très marquée et de petits foyers d'infiltration hémorragique ; les vaisseaux ont des parois épaisses et les artères présentent des bandes de dégénérescence hyaline.

OBSERVATION II

Ovarite scléro-kystique bilatérale prédominante à gauche.

Rétroflexion utérine mobile.

G... H..., âgée de 27 ans, a été réglée à 13 ans. Règles toujours irrégulières, abondantes et douloureuses.

Mariée à 20 ans, elle continue à souffrir au moment des règles.

Elle a une grossesse normale, pendant laquelle les douleurs se calment, suivie d'un accouchement normal.

Depuis cet accouchement, les douleurs ont apparu à nouveau et sont allées en augmentant d'intensité. D'abord, elles ne se montraient qu'au moment des règles, localisées dans le bas-ventre et dans le côté gauche du ventre, irradiées dans la région lombaire. Elles sont ensuite devenues presque continues, au point d'empêcher la malade de se livrer à ses occupations.

Les règles sont, en outre, abondantes, ménorragiques parfois. Jamais de métrorragies.

Cette malade présente des troubles dyspeptiques et un état névropathique très marqué.

Par le toucher vaginal, très douloureux, on perçoit un gros utérus rétrodévié et, dans le cul-de-sac gauche, assez haut

situé, un gros ovaire dont la surface est irrégulièrement bosselée et mobile.

Diagnostic : ovarite scléro-kystique gauche.

Laparotomie, le 20 juin 1908. Ablation du seul ovaire gauche polykystique, prolabé dans le Douglas, parfaitement libre et surmonté d'une trompe saine.

Par un Doléris, on redresse l'utérus rétrodévié.

Etude histologique. — L'épithélium de surface de l'ovaire est en partie conservé et il n'y a pas de fausses membranes à la surface de l'organe.

La couche corticale est normale, formée de tissu fibreux fasciculé homogène.

Les follicules primordiaux sont nombreux ; quelques-uns commencent à grandir et sont revêtus d'une couronne d'épithélium cubique ; l'ovule est normal.

On trouve plusieurs follicules à des stades avancés de leur évolution vers la maturité ; la plupart d'entre eux présentent des altérations dégénératives.

Dans un de ces follicules, on constate la structure suivante : la granuleuse est formée de quatre ou cinq rangées de cellules polygonales qui ne présentent aucune figure de dégénérescence.

La membrane pellucide de l'ovule est élargie et présente une structure homogène ; entre la membrane pellucide et le disque ovulaire, existe une cavité ; le protoplasma ovulaire est dépourvu de vésicule germinative et est envahi par des cellules de la granuleuse.

Ce sont les premiers stades de la dégénérescence ovulaire.

Un autre follicule présente des lésions plus accentuées ; la dégénérescence de la granuleuse est notable ; dans la partie qui répond au cumulus proligère, on trouve une cavité comblée par un bloc homogène coloré en rouge par le Van Gieson

et qui pourrait être pris, au premier abord, pour l'ovule ; au-dessous de l'ovule, on voit un amas de structure identique. L'ovule lui-même est formé d'un disque qui ne renferme pas de noyau et qui est finement granuleux.

Autour d'une de ces masses homogènes de la granuleuse, les cellules épithéliales se disposent en cercle de cellules cubiques comparables, dans leur forme et leur disposition, à des cellules cubiques basses qui tapisseraient un acinus glandulaire.

Autour de ce follicule modifié, la thèque interne est élargie ; ses cellules ont subi une transformation épithélioïde et se disposent sur plusieurs rangs.

Dans d'autres follicules, l'épithélium de la granuleuse a complètement disparu ou bien il s'élimine par grands lambeaux décollés de la paroi par une hémorragie.

Dans des follicules de cet ordre, la thèque interne s'élargit beaucoup et donne naissance à une grosse masse de cellules épithélioïdes qui tend à proliférer dans la cavité et à réduire son calibre ; dans ces cellules, nous avons vu le noyau présenter des figures de division caryocinétique.

Des travées conjonctives séparent ces cellules en petits amas : la couche la plus interne de ces cellules s'organise en un tissu d'aspect endothélial formé de cellules plates ou cubiques. Extérieurement sa limite est peu nette, et on passe insensiblement de ce tissu à un tissu conjonctif riche en cellules et en vaisseaux jeunes et dont la coupe ressemble à celle d'un bourgeon charnu.

La cavité de ces follicules finit par disparaître, comblée par un tissu conjonctif lâche qui vient des couches extérieures du follicule et traverse la zone des grosses cellules.

Dans certains de ces follicules en voie de comblement, on constate l'existence d'une membrane hyaline à contour irrégulier qui sépare la couche conjonctive endocavitaire de la

thèque interne modifiée. Dans aucun des follicules à ce stade d'évolution nous n'avons rencontré d'ovules.

A côté de ces follicules encore reconnaissables, on trouve des cicatrices fibreuses qui représentent des follicules complètement oblitérés et qui ont subi l'envahissement conjonctif.

Les grands kystes peuvent se présenter avec deux aspects :

1° Il en est dont la paroi est formée par la thèque interne élargie et dont les cellules polygonales et claires présentent un noyau bien coloré et un protoplasma qui renferme des enclaves lipoides ; au milieu de ces cellules et traversant la couche dans tous les sens, se voient de nombreux capillaires sanguins ;

2° Dans d'autres grands kystes, on ne trouve plus trace de granuleuse ni de thèque : c'est du tissu conjonctif qui tapisse les kystes ; dans un de ces kystes volumineux, nous avons trouvé l'ovule dégénéré, avec des cellules polygonales qui envahissent son protoplasma.

Dans de nombreux follicules qui sont à ce stade avancé du processus atrésique kystique ou oblitérant nous avons rencontré des ovules dégénérés.

OBSERVATION III

Ovarite scléro-kystique gauche. Gros utérus fibreux.

Histoire clinique. — M... S..., âgée de 42 ans, a été réglée à 14 ans. Règles habituellement douloureuses et abondantes ; elle n'a jamais eu d'accouchements ni d'avortements.

Depuis seize ans elle souffre plus vivement au moment des périodes menstruelles, et ses douleurs l'obligent à garder le lit pendant plusieurs jours. Elles présentent leur maximum d'intensité quelques jours avant les règles et semblent se

calmer habituellement avec l'écoulement sanguin. Elles sont surtout localisées du côté gauche et irradiées dans la région lombaire.

Depuis un an ces phénomènes douloureux ont augmenté en intensité et en durée ; ils n'existent plus seulement au moment des périodes menstruelles, mais surviennent en dehors d'elles sous forme de crises douloureuses provoquées par la moindre fatigue et qui se calment par le repos.

Les règles sont régulières et actuellement peu abondantes.

Elle a quelques pertes blanches.

Les troubles digestifs sont très marqués chez cette malade, avec de la constipation, et l'état nerveux est très accentué.

La palpitation abdominale est douloureuse dans la région ovarienne gauche.

Par le toucher vaginal on perçoit dans le cul-de-sac latéral gauche, sur le flanc utérin, un ovaire gros, douloureux et mobile. L'utérus est très volumineux et très mobile. Laparotomie, le 19 décembre 1909.

L'utérus est gros, fibreux, marbré de taches scléreuses blanchâtres. Les ovaires prolabés dans le Douglas sont absolument libres et très facilement amenés. L'ovaire droit est petit et scléreux. L'ovaire gauche est gros. Sa surface est bosselée de petits kystes. L'un d'entre eux, qui occupe le pôle externe de l'organe, a le volume d'une noisette. Tout à côté, la surface ovarienne est comme criblée de petits kystes qui ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle ou d'un petit grain de plomb.

Tous ces petits kystes sont remplis d'un liquide séreux pur.

Les trombes sont normales.

Etude histologique. — Le nombre des follicules atrésiques est remarquable dans cet ovaire. L'hyperproduction de cellules

lutéiniques se manifeste dès le début de l'atrésie. Dans un follicule de petit volume où la granuleuse compacte ne présente pas encore sa fonte et son clivage normaux, la couche lutéinique est extraordinairement développée. Le petit ovisac présente la forme d'un triangle dont les angles sont mousses et arrondis ; sa cavité est revêtue régulièrement d'une membrane hyaline.

Au niveau de la base du triangle, la couche lutéinique est relativement peu développée ; mais du côté opposé elle est tellement considérable qu'elle forme un volumineux amas cellulaire de forme hémisphérique qui coiffe comme d'une calotte le triangle folliculaire et dont la hauteur est environ le double de celle de la cavité folliculaire elle-même.

Les cellules se groupent dans ce corpuscule sous forme d'amas séparés les uns des autres par du tissu conjonctif ; elles ont des contours très réguliers et représentent des cellules lutéiniques typiques.

Les grands kystes ont, comme dans la plupart de ces ovaires, une structure variable. Le plus volumineux de ceux que nous avons coupés présente une forme allongée et sa paroi est irrégulièrement découpée.

Elle est revêtue à sa face interne par une membrane granuleuse épaisse qui présente néanmoins quelques figures de dégénérescence. En dehors d'elle, la couche lutéinique est très nette et suit tous les contours ondulés de la membrane épithéliale. Son épaisseur est différente selon les points envisagés ; réduite particulièrement au niveau des points dépourvus de granuleuse à quelques cellules aplaties et méconnaissables, elle présente en d'autres points une épaisseur considérable malgré le volume du kyste, et les cellules s'y disposent sur dix, douze rangs, quelquefois davantage.

D'autres kystes de plus petit volume sont encore des kystes lutéiniques ; dans quelques-uns, la granuleuse a totalement

disparu. Dans un de ces kystes gros comme un pois, la couche lutéinique est très épaisse en certains points de la paroi, mais on la voit s'amincir progressivement et il arrive un moment où elle est représentée par deux ou trois rangées de cellules plus petites qui évoluent vers le type de la cellule conjonctive et dont la structure ne rappelle que de loin celle des cellules à lutéine typiques.

Au niveau d'autres cavités du même volume, la couche lutéinique paraît absente ou très réduite au premier abord, mais un examen attentif au fort grossissement permet de retrouver les grosses cellules, plus ou moins modifiées dans leur forme et dans leur structure, mais qui sont toujours les éléments essentiels de ces parois kystiques.

Autour de quelques follicules en atrophie oblitérante, l'hyperproduction de cellules lutéiniques est considérable. Dans une préparation ; il existe un follicule complètement oblitéré par du tissu conjonctif lâche, ne présentant plus de cavité ; une membrane hyaline mince mais très ondulée limite en dehors la zone conjonctive ; au delà de cette membrane, la couche lutéinique apparaît, à peine envahie par quelques travées conjonctives et formée de cellules qui présentent tous les signes de l'activité sécrétoire. La limite périphérique de cette couche lutéinique n'est pas nette et les cellules s'infiltrèrent assez loin dans le stroma conjonctif.

On trouve encore dans cet ovaire des corps jaunes normaux, les uns encore formés de cellules épithéliales, les autres transformés en « Corpora albicantia ».

Dans le stroma ovarien, on voit également des amas et des traînées de cellules interstitielles qui ne sont pas en relation directe avec un kyste lutéinique ou avec un corps atrophique lutéinique ; ils sont d'ailleurs rares, nous n'avons rencontré que deux fois des formations de cet ordre.

Il existe une sclérose disséminée du stroma ovarien qui ne

présente aucune systématisation. Dans ce tissu conjonctif qui subit l'évolution scléreuse, il y a de nombreuses dilatations lymphatiques, si intenses en certains points qu'elles forment des cavités visibles à l'œil nu et que l'aspect histologique des préparations qui les renferment rappelle celui du lymphangiome.

OBSERVATION IV

Gros utérus fibreux. Ovaire gauche scléro-kystique.

Note clinique. — Il s'agit d'une femme de 35 ans qui présentait des règles irrégulières ménorragiques avec des métrorragies.

Son utérus augmenté de volume, à cavité agrandie, portait un fibrome peu volumineux, bombant dans le cul-de-sac latéral droit. Il fut enlevé, ainsi que les ovaires, par une hystérectomie abdominale subtotale.

Examen macroscopique. — A la coupe, l'ovaire gauche, qui est très augmenté de volume, présente seulement trois ou quatre petites cavités kystiques dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. On voit encore des coupes de corps jaunes reconnaissables à leur bord épais, ondulé, blanc jaunâtre et saillant. La trompe est congestionnée.

Examen histologique. — Les lésions dominantes dans cet ovaire sont des lésions interstitielles : le tissu conjonctif est enflammé chroniquement et forme des nappes d'infiltration qui n'ont pas encore subi la transformation scléreuse ; en certains points même on trouve des zones de tissu conjonc-

tif jeune qui forment des nodules embryonnaires plus ou moins précis. La congestion du stroma est également très intense.

Dans la couche corticale de cet ovaire, on rencontre plusieurs follicules en voie de développement ; dans quelques-uns d'entre eux, la membrane granuleuse et l'ovule dégénèrent et la couche des cellules lutéiniques s'hypertrophie.

Les quelques kystes de cet ovaire sont presque tous des kystes lutéiniques, mais la couche des cellules lutéiniques de la thèque est réduite au minimum et envahie par le tissu conjonctif.

En outre, dans les points où les cellules polygonales se disposent sur plusieurs rangées bien nettes, elles ont perdu leur type lutéinique parfait ; dans beaucoup d'entre elles, le protoplasma plus réduit est homogène et ne présente pas les vacuoles caractéristiques, mais l'existence en certains points de la même paroi kystiques de spongiocytes typiques permet d'homologuer les deux ordres de formation.

Les capillaires dilatés sont particulièrement nombreux dans la couche lutéinique et les hémorragies intercellulaires sont une lésion fréquente. Enfin, on trouve des follicules en voie d'atrésie oblitérante conjonctive dont la couche lutéinique subit l'envahissement et la transformation conjonctive.

OBSERVATION V

Ovarite scléro-kystique surtout marquée à droite avec annexes libres d'adhérences culbutées en prolapsus dans le Douglas. Rétroversion utérine.

Histoire clinique — H. A., âgée de 28 ans, du Teil (Ardèche), a été réglée à 14 ans, toujours régulièrement et sans douleurs.

Elle a eu un seul accouchement normal, il y a trois ans. Après cet accouchement, elle est demeurée un mois alitée avec des douleurs abdominales.

Elle nourrit son enfant ; après le sevrage, ses règles commencent à devenir très douloureuses ; les douleurs l'obligent à garder le lit et s'accompagnent de nausées, de quelques vomissements. Les règles durent sept à huit jours assez abondantes. Jamais de ménorragies ni de métrorragies.

Entre les règles, à la moindre fatigue, la malade souffre du ventre et ces douleurs, plus marquées, dit-elle, la nuit que le jour, ne sont pas plus accentuées d'un côté que de l'autre. Peu de pertes blanches. Envies fréquentes d'uriner.

Les troubles dyspeptiques sont accentués, caractérisés par des nausées, des éructations après les repas, avec cependant peu de constipation.

Quelques troubles nerveux, notamment des céphalées.

Par le toucher vaginal, on perçoit un utérus légèrement rétroversé et, dans le cul-de-sac latéral droit, vient faire saillie une masse volumineuse, collée sur le flanc utérin et adhérente à lui, douloureuse à la palpation.

Laparotomie, le 28 mai 1909.

On enlève deux ovaires kystiques *non adhérents*, prolapsés dans le Douglas. Le raccourcissement des ligaments larges consécutif à l'ovariotomie suffit à redresser l'utérus. Il existe à un degré notable du varicocèle du ligament large dont les veines sont flexueuses et dilatées.

Examen macroscopique — Les deux ovaires sont très scléreux et leur surface est sillonnée par de profonds sillons, séparés par des circonvolutions blanchâtres ; quelques kystes de petit volume font saillie à la surface, remplis de sérosité.

L'ovaire droit est plus volumineux. A la coupe, il présente plusieurs cavités, dont la plus volumineuse a le volume d'une

petite noisette et contient un liquide séreux. Plusieurs de ces cavités sont allongées, irrégulières, et leur surface interne présente un aspect dentelé. Le tissu intermédiaire aux petits kystes est très scléreux et présente de nombreuses cicatrices de corps jaune.

L'ovaire gauche est plus petit ; sa surface est encore plus sillonnée que celle du précédent ; à la coupe on y voit plusieurs cavités kystiques, dont la plus volumineuse a le volume d'un gros pois ; les corps fibreux sont également très nombreux.

Histologie. — Ovaire droit. — La paroi du grand kyste, gros comme une noisette, est uniquement constituée par une couche formée de plusieurs rangées de cellules arrondies ou irrégulièrement polygonales, dont le protoplasma se colore d'une façon homogène et ne renferme pas de vacuoles ni d'enclaves.

Le noyau de ces cellules est tantôt arrondi, tantôt allongé parallèlement à la lumière de la cavité. Ces cellules présentent plutôt le type de la cellule conjonctive, et d'ailleurs il y a tous les stades de transition entre elles et des cellules plus plates, qui sont à la périphérie et qui sont des cellules fixes du tissu conjonctif typique.

Parmi ces grosses cellules qui forment le revêtement des kystes, il est possible, en examinant à un très fort grossissement, d'en trouver quelques-unes plus volumineuses, dont le noyau est plus clair et présente un réticulum chromatique délicat et dont le protoplasma vacuolaire ne prend pas les colorants. Je crois qu'il est permis de considérer de telles formations comme des cellules lutéiniques à la fin de leur cycle d'activité.

De sorte que la paroi du grand kyste, qui à un examen superficiel apparaît comme formée d'une couche conjonctive

riche en cellules, est en réalité constituée par des cellules parmi lesquelles on peut trouver tous les types, depuis la cellule lutéinique jusqu'à la cellule conjonctive la plus typique.

Un autre kyste de la même préparation ne paraît pas être autre chose qu'un kyste séreux par œdème du stroma. Sa paroi est, en effet, formée par le tissu conjonctif ovarien, qui ne présente aucune différenciation et qui s'effrite en certains points dans la cavité kystique.

Un kyste du volume d'un gros pois et dont la cavité a une forme irrégulièrement dentelée présente la structure typique d'un kyste lutéinique.

Sa paroi est formée de deux couches : la plus interne représente des débris de la granuleuse, la plus externe est formée de belles cellules lutéiniques disposées sur plusieurs rangs et qui s'infiltrèrent, à la périphérie, dans le tissu conjonctif voisin. Elle n'émet pas cependant de prolongements massifs et on ne rencontre pas dans les troma d'îlots isolés de cellules lutéiniques.

Le kyste le plus volumineux de cet ovaire est un kyste du corps jaune. Sa paroi est formée d'une épaisse couche hyaline en dedans et en dehors de laquelle sont des cellules renfermant de grosses granulations pigmentaires.

On trouve encore dans cet ovaire des follicules atrésiques à divers stades de développement.

L'un d'eux forme un kyste microscopique revêtu d'une bande hyaline bien colorée, en dedans de laquelle on peut voir, en certains points, des fragments de granuleuse. En dehors d'elle existe une épaisse couche de cellules à lutéine qui présentent des enclaves lipoides. Les vaisseaux sanguins de cette couche ne sont pas très dilatés, il n'y a pas d'infiltration hémorragique.

Un follicule dont l'évolution est plus avancée présente une

cavité comblée par du tissu conjonctif et limitée à sa périphérie par une bande hyaline discontinue.

En dehors d'elle est une couche lutéinique, envahie par le tissu conjonctif, et qui a subi en certains points la transformation conjonctive totale.

Les cicatrices conjonctives sont très nombreuses dans certaines préparations.

L'épithélium de surface de cet ovaire est par endroits très bien conservé ; il présente des digitations qui s'enfoncent dans la couche corticale sans atteindre jamais une bien grande profondeur : ces cryptes paraissent être formées par l'épithélium de surface altéré, rétracté par le tissu de sclérose sous-jacent.

Cette sclérose du stroma est très accentuée.

Dans le tissu qui la forme on reconnaît çà et là des corps hyalins, dont les uns représentent le terme ultime de l'évolution des corps jaunes, dont les autres plus petits représentent le terme ultime de certaines atrésies folliculaires.

L'ovaire gauche présente une structure fondamentale identique. On y trouve également de très beaux kystes lutéiniques, des follicules en voie d'atrésie oblitérante, une sclérose du stroma plus accentuée que dans l'ovaire précédent et des vaisseaux à parois très épaisses, dont quelquefois la lumière est complètement oblitérée par l'endo-vascularite proliférante.

Les veines au niveau du hile sont flexueuses et leurs parois ont une épaisseur inaccoutumée.

OBSERVATION VI

Rétroflexion utérine. Ovaire scléros-kystique droit prolabé dans le Douglas.

Mlle B..., âgée de 36 ans, de Cotte.

Réglée à 15 ans, cette malade a toujours eu des règles

irrégulières et très douloureuses. De bonne heure, elle a présenté des douleurs pelviennes intermittentes ; étant jeune fille, elle souffrait souvent, le soir, après sa journée de travail, et ces douleurs se calmaient par le repos au lit.

Mariée, elle a eu trois accouchements normaux ; le dernier, il y a deux ans et demi.

Jamais les troubles douloureux ne l'ont quittée ; ils ont même été en augmentant progressivement d'intensité, surtout au moment des règles. Il y a eu un mois, en dehors des règles, la malade a fait une crise douloureuse qui a pris le masque d'une pelvi-péritonite avec ballonnement abdominal, vomissements, constipation, et qui a nécessité le séjour au lit pendant vingt jours.

Elle n'a jamais eu de ménorragie ni de métrorragie, mais des pertes blanches assez abondantes.

Elle est, en outre, dyspeptique et nerveuse.

Par le toucher vaginal, on perçoit le col gros, aux lèvres entr'ouvertes, refoulé en avant. Dans le cul-de-sac postérieur, bombe le corps de l'utérus rétrofléchi et, dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une tumeur du volume d'un œuf, immobile, douloureuse à la pression, séparée de l'utérus par un sillon nettement appréciable.

Laparotomie, le 27 avril 1908

Ablation des deux ovaires scléro-kystiques, redressement de l'utérus gros et fortement rétrofléchi par un Doléris.

L'ovaire gauche est gros comme une petite mandarine, bosselé de saillies kystiques, dont les unes renferment un liquide séreux, les autres du sang.

Etude histologique. — Quatre séries de préparations ont été faites.

Dans la première série, un kyste volumineux rempli de sang qui fait saillie à la surface de l'ovaire est un kyste du

corps jaune. Sa paroi est formée d'une couche épaisse de cellules épithéliales dont le protoplasma se colore fortement par l'oséine et qui ressemblent à des cellules hépatiques allongées. Le contour de cette couche est très ondulé, très nettement limité en outre à la périphérie par une bande conjonctive.

On trouve également dans le stroma de l'ovaire plusieurs corps fibreux volumineux, résultant de l'évolution régressive des corps jaunes.

Plusieurs kystes folliculaires sont proches les uns des autres ; en se comprimant réciproquement, leurs cavités prennent les formes les plus variables, allongées, sinueuses, en demi-cercle, en *c*, en *c*, etc.

Dans la plupart d'entre eux, la granuleuse est complètement dégénérée ; tous possèdent une couche lutéinique plus ou moins épaisse, dont les éléments se confondent à la périphérie avec les cellules conjonctives. Ce qu'il y a de plus remarquables dans ces kystes, c'est la congestion énorme de leurs parois ; l'infiltration hémorragique n'est pas seulement limitée à la paroi des kystes, elle forme encore de larges placards sanguins qui dissocient le tissu conjonctif dans les espaces interkystiques.

On trouve, à côté des kystes vrais, des follicules au début de leur évolution, dont la granuleuse dégénère et dont la thèque interne s'hypertrophie, et des follicules en atrophie oblitérante avancée, dont la cavité est à peu près complètement oblitérée, limitée encore par une lame hyaline, et dont la couche lutéinique est presque complètement étouffée par l'envahissement conjonctif.

Dans toutes ces préparations, la congestion est intense.

Dans une deuxième série de coupe, on rencontre sept ou huit cavités kystiques, dont la plus grosse a le volume d'un noyau de cerise et a une forme assez régulièrement arrondie, dont les autres, plus petites, ont des formes très irrégulières.

Tous ces kystes sont des kystes lutéiniques.

L'un d'eux, qui a le volume d'un noyau de cerise, présente trois couches successives :

1° Une couche externe formée de cellules lutéiniques typiques qui présentent les caractères de cellules qui sécrètent et qui sont disposées sur plusieurs rangs, s'infiltrant irrégulièrement à la périphérie dans les mailles du tissu conjonctif.

Quand on envisage les parties périphériques de cette couche, on voit que les cellules sont divisées en petits groupes de deux ou trois, quelquefois d'une seule cellule, séparées les unes des autres par des trainées de la même substance homogène qui forme la bande hyaline.

Les cellules enlacées par ces travées homogènes présentent des modifications de leur structure d'un très grand intérêt : la partie périphérique de leur protoplasma se creuse de larges vacuoles séparées par des trainées qui prennent la même coloration bleue que les travées hyalines fondamentales ; ces vacuoles sont toujours vides.

Peu à peu, cette partie périphérique de la cellule s'efface et s'homogénise avec la substance fondamentale.

De la sorte, le corps cellulaire est réduit à une petite masse protoplasmique disposée autour d'un noyau dans lequel la chromatine s'est condensée ; c'est un stade d'évolution vers la cellule conjonctive ; certaines de ces cellules plus petites peuvent s'étirer et s'allonger, prendre un aspect fusiforme ; c'est la cellule conjonctive typique.

2° Une couche moyenne formée d'une mince bande hyaline colorée en bleu d'une façon homogène par picro-indigo-carmin.

3° Une couche interne qui n'existe qu'en certains points de la face interne du kyste ; elle est composée de cellules de deux sortes :

Les unes ressemblent tout à fait aux cellules lutéiniques de la thèque, bien qu'en général, un peu moins volumineuses et moins claires;

D'autres perdent les parties périphériques de leur protoplasma, s'allongent parallèlement à la cavité, leur noyau prend une forme ovulaire; elles ressemblent beaucoup à des cellules de type conjonctif; en certains points, la couche interne n'est formée que par une ou deux rangées de cellules aplaties de ce dernier type.

La cavité kystique renferme des détritüs granuleux, parmi lesquels se voient de nombreux noyaux dégénérés provenant sans doute de la destruction de la plupart des cellules de la granuleuse.

Ce kyste lutéinique nous paraît devoir être interprété, non comme un corps jaune kystique, mais comme un kyste folliculaire atrésique, en raison de phénomènes dégénératifs de la granuleuse qui sont les lésions prépondérantes de cette couche.

Mulon, qui a rencontré dans un ovaire de cobaye une formation kystique analogue, l'interprète comme un corps jaune kystique; il nous semble également plus rationnel d'admettre que les figures de Mulon se rapportent à un kyste folliculaire lutéiniquè atrésique.

Dans d'autres kystes lutéiniques de cette préparation, dans lesquels la granuleuse n'existe qu'à l'état de traces, nous retrouvons, dans les parties les plus centrales et les plus périphiques de l'épaisse couche des « theca luteinzellen », les mêmes transformations cellulaires précédemment décrites.

On voit, en certains points, que les cellules s'entourent d'une mince ligne périphérique homogène, colorée en bleu par le picro-indigo-carmin, et qui réduit de toute son épaisseur le protoplasma de la cellule. Ultérieurement, celui-ci diminué de volume s'étire, le noyau s'allonge et, dans le ré-

seau hyalin plus ou moins épais, les cellules prennent le type de cellules conjonctives plus ou moins nettement différenciées.

On trouve également, dans cette série de préparations dans la couche corticale de l'ovaire, des follicules au début de leur évolution, dont la granuleuse forme encore une masse pleine qui n'a pas commencé à subir un processus de fonte normale, et dans lesquels la couche de cellules lutéiniques de la thèque est énorme et violemment congestionnée; dans certains de ces follicules, tout à fait au début de leur évolution, l'ovule est complètement dégénéré et désagrégé.

Enfin, dans les grands kystes, la couche lutéinique, en certains points de la paroi, est peu épaisse, aplatie, avec un réticulum hyalin épais, doublée à sa face interne de débris de granuleuse; en d'autres points, elle semble avoir complètement disparu, et la paroi kystique n'est plus formée à ce niveau que par des cellules et des fibres conjonctives.

L'épaississement séléreux du stroma est notable, de même que l'épaississement des vaisseaux.

On trouve un volumineux corps jaune plein, dont les cellules encore intactes présentent tous les signes de l'activité sécrétoire.

Dans une troisième série de préparations, on voit encore quelques petits kystes lutéiniques disséminés dans un stroma séléreux. Mais on y voit surtout un corps jaune qui, à l'œil nu, a bien le volume d'une noisette et occupe la presque totalité des coupes.

Les cellules qui le constituent sont des cellules épithéliales énormes dont le protoplasma, creusé de petits alvéoles, renferme des granulations graisseuses. Le contour de ces cellules, assez régulièrement dentelé, fait ressembler ce volumineux élément aux spongiocytes de la capsule surrénale.

Enfin une quatrième série de préparations nous présente :

1° Un corps jaune aussi volumineux que celui que nous venons d'étudier avec un axe conjonctif central et des convolutions périphériques dont les cellules présentent également tous les signes de l'activité sécrétrice ;

2° Des kystes qui sont presque tous des kystes non lutéiniques, mais il est possible, parmi les cellules conjonctives serrées qui forment la couche interne de leur paroi, de retrouver des cellules lutéiniques claires plus ou moins dégénérées ;

3° On trouve dans ces préparations un processus de prolifération de l'épithélium de surface qui donne naissance à de petites cavités arrondies disséminées dans la couche corticale et revêtues d'une couche de cellules cubiques ;

4° Dans le stroma fibreux se voit une congestion vasculaire intense qui détermine, en certains points, des foyers hémorragiques interstitiels plus ou moins volumineux.

OBSERVATION VII

Ovarite scléro-kystique gauche. Antéversion utérine.

C. M..., âgée de 28 ans, a eu trois accouchements ; le dernier remonte à trois ans. C'est aussitôt après qu'elle commence à souffrir. Ses règles sont irrégulières, peu abondantes, mais surtout très douloureuses ; elle souffre dans le bas-ventre, dans la région lombaire, et ces douleurs sont plus marquées du côté gauche.

Depuis quelques mois, les douleurs se montrent dans l'intervalle des périodes menstruelles et sont devenues presque continues, au point de forcer la malade à interrompre son travail, ce qui la conduit à entrer à l'hôpital.

Elle a, en outre, des pertes blanches très abondantes.

Par le toucher vaginal, on perçoit le col projeté en arrière et le corps utérin en antéverson. Dans le cul-de-sac gauche, en plongeant profondément, on trouve sur le flanc utérin une tumeur globuleuse, du volume d'une petite mandarine, et qui représente les annexes augmentées de volume. Le toucher dans le cul-de-sac droit est également douloureux.

Laparotomie, le 12 juin 1909. Ablation d'un ovaire gauche volumineux, allongé, scléro-kystique et surmonté d'une trompe atteinte de salpingite parenchymateuse et perméable, et d'un ovaire droit moins adhérent, plus scléreux que kystique.

Examen macroscopique. — L'ovaire gauche est remarquable par son aspect caverneux ; il renferme plusieurs cavités, dont l'une, de forme triangulaire, a bien le volume d'une grosse noisette ; sa paroi se détache nettement des tissus avoisinants ; à l'examen à l'œil nu des préparations colorées, elle forme une bandelette rouge large de plusieurs millimètres et que le Van Gieson colore d'une façon homogène et d'une teinte un peu plus foncée que le tissu ovarien, comparable à celle dont il colore les corps fibreux.

De part et d'autre de cette cavité, il y a d'autres lumières dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une lentille ; quelques-unes sont très aplaties et comprimées entre la lumière du grand kyste et la surface de l'ovaire.

L'ovaire gauche, augmenté de volume, renferme de nombreuses cavités dont le volume ne dépasse pas celui d'un gros pois.

Etude histologique. — *Ovaire droit.* — La structure des cavités kystiques est tout à fait spéciale et telle que nous ne l'avons encore rencontrée dans aucun autre ovaire.

Quand on étudie les petites cavités agglomérées autour du kyste principal, on voit que leur paroi est constituée : 1° par un revêtement épithélial formé de cellules cylindriques hautes à noyau basal, dont le protoplasma est clair et renferme des gouttelettes de mucus ; 2° en dehors de ce revêtement épithélial, le tissu conjonctif du stroma, densifié, pauvre en cellules et subissant une sorte de dégénérescence hyaline, forme une coque enveloppante à la cavité.

Quelques-unes de ces cavités se dilatent considérablement, et on passe ainsi de petites lumières visibles à peine à l'œil nu ou seulement au microscope jusqu'au grand kyste qui présente la même structure : revêtement de cellules cylindriques muqueuses doublé d'une épaisse couche d'un tissu homogène qui se colore en rouge par le Van Gieson. Cette paroi, qui ne contient pas de vaisseaux, est bien différente de la paroi des kystes du corps jaune ou des kystes folliculaires étudiés jusqu'ici.

On ne trouve pas dans cet ovaire de grands kystes folliculaires, mais il existe cependant quelques cavités du volume d'une lentille et plus petites, qui sont des cavités de follicules en voie d'atrésie.

On les rencontre uniquement dans les parties superficielles de la zone corticale ; toute la couche médullaire est occupée par les kystes à revêtement cylindrique.

Dans un de ces follicules atrésiques formant une cavité visible à l'œil nu, on voit le cumulus prolifère encore reconnaissable, malgré une dégénérescence accentuée de la majeure partie de ses cellules ; on y trouve l'ovule profondément altéré et qui présente les modifications suivantes : sa membrane pellucide est élargie ; entre elle et le protoplasma ovulaire existe une cavité en forme de croissant irrégulier dans laquelle se voient des noyaux de cellules de la granuleuse immigrés ou des leucocytes. Le protoplasma ovulaire est

coloré de façon homogène par le Van Gieson. Il renferme une tache jaunâtre à contours irréguliers, qui représente les restes de la vésicule germinative dans laquelle on ne voit plus trace de chromatine. Dans le cumulus proligère, les masses cellulaires dégénérées prennent une teinte identique à celle du protoplasma ovulaire.

Dans les autres parties de la cavité folliculaire, la membrane granuleuse n'existe plus qu'à l'état de débris dégénérés ; la limitante hyaline est nette ; en dehors d'elle, existe une couche de cellules lutéiniques qui est envahie déjà par la transformation hyaline du stroma conjonctif.

On trouve encore quelques figures d'atrésie débutante des moyens follicules qui, toutes, montrent une couche lutéinique pluristratifiée et, de plus, de nombreuses figures d'atrésie oblitérante qui représentent pour la plupart les phases de comblement des cavités folliculaires par le tissu conjonctif de la thèque externe.

Dans la zone corticale, la sclérose du stroma est manifeste ; il se forme d'épais tractus conjonctifs qui déterminent des dépressions infundibuliformes de la surface de l'ovaire.

L'épithélium de revêtement n'existe plus, mais il n'y a pas de fausses membranes à la surface de l'ovaire.

Ovaire gauche. — Les cavités kystiques sont formées aux dépens des follicules. Dans l'une des plus volumineuses, la paroi est formée des deux couches suivantes superposées :

1° Une couche interne limitante, qui est d'abord uniquement composée par des cellules très serrées les unes contre les autres, dont les plus internes, allongées pour la plupart dans le sens de la lumière, ont exactement le type de cellules du tissu conjonctif.

Les cellules les plus périphériques sont plus volumineuses, ont un contour plus polygonal et des limites précises, un

protoplasma plus abondant et plus clair, un noyau moins compact que le noyau de cellules conjonctives et qui renferme un réticulum chromatique ; ce sont des cellules lutéiniques dont les plus internes semblent faire progressivement retour à la cellule conjonctive ;

2° La couche externe de la paroi kystique est bien différente et formée de tissu conjonctif lamelleux dont les fibres et les cellules sont aplaties et disposées parallèlement à la cavité kystique.

Tous les follicules atrésiques de moyen et de petit volume présentent une couche lutéinique ; mais, sauf dans quelques-uns très rares, cette couche est formée par 5 ou 6 rangées de cellules lutéiniques au maximum et n'atteint pas l'énorme développement que nous l'avons vu prendre dans certains ovaires inflammatoires.

Le nombre des follicules primordiaux est considérable.

L'épaississement de l'albuginée et de la sclérose du stroma sont notables ; dans certaines préparations, la surface de l'ovaire présente des sillons qui s'enfoncent profondément dans le stroma ovarien et dans le fond desquels les cellules du revêtement sont encore conservées.

Dans le stroma de l'ovaire, on trouve enfin plusieurs corps jaunes à des stades divers de leur régression et un kyste du corps jaune dont la paroi est constituée par une épaisse bande hyaline qui ne renferme pas trace d'éléments cellulaires : c'est un « Corpus-Albicans Kyste ».

III

ETUDE CLINIQUE

La maladie se caractérise par trois ordres de symptômes, qui sont, par ordre de fréquence et d'importance, des douleurs pelviennes, des hémorragies, des troubles nerveux généraux.

1° *La douleur pelvienne.* — Elle est le symptôme capital qui donne à la maladie sa physionomie propre, qui presque toujours indique à elle seule l'intervention chirurgicale.

Etudions successivement : le mode d'apparition de cette douleur, son allure clinique, ses localisations.

a) Les douleurs peuvent apparaître au début de la vie génitale, chez la jeune fille au moment des premières règles : ce sont des jeunes filles, puis des jeunes femmes dont les règles sont irrégulières et douloureuses avec de grandes variations dans l'intensité de la douleur ; il n'est pas rare de voir chez des femmes qui ont présenté pendant toute leur vie ce syndrome dysménorrhéique les douleurs s'exagérer au moment de la ménopause et créer, par leur prolongation et leur intensité, un véritable état morbide.

Le syndrome douloureux pelvien peut également apparaître après des accouchements ou des avortements plus ou

moins septiques, après une gonococcie s'aggravant à toute nouvelle cause d'infection.

Dans quelques observations, on note le début de la douleur après un traumatisme abdominal ne jouant qu'un rôle de cause occasionnelle, déclanchant les symptômes chez une prédisposée.

b) La douleur pelvienne de l'ovaire kystique n'existe parfois qu'au moment des menstrues ; c'est à ce moment qu'elle acquiert dans presque tous les cas son maximum d'intensité. Elle se calme, en général, après la période menstruelle, parfois elle se prolonge plusieurs jours après elle.

Un type intéressant de douleur intermittente est représenté par les « douleurs intermenstruelles », dont Bouilly a fait une bonne étude. Elles surviennent au milieu de la période intermenstruelle, durent deux ou trois jours et s'accompagnent d'un écoulement utérin muqueux ou légèrement sanguinolent. Cette « *kleine période* » est peu fréquente. Bouilly ne l'a relevée que 12 fois sur 2.350 malades.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la douleur intermittente devient continue ; c'est une pesanteur pelvienne constante qui s'aggrave par les efforts, la fatigue, l'usage et l'abus des sports, le coït. Elle devient intolérable, oblige la femme à cesser son travail ; ces malades, véritables infirmes, réclament à grands cris l'intervention qui les libérera.

c) La localisation de la douleur spontanée est souvent unilatérale, et les malades la localisent assez bien au point ovarien de Bouilly, au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse pubienne. La douleur bilatérale, diffuse, n'est pas rare et, au moment des règles, s'ajoute une douleur hypogastrique profonde. Les irradiations douloureuses sont la règle, notamment dans la région lombaire.

2° *Les hémorragies.* — Les troubles de la menstruation sont la règle dans l'ovarite kystique ; la dysménorrhée est habituelle. Quelquefois, au début de l'évolution chez des jeunes filles, on constate de l'aménorrhée alternant avec des pertes menstruelles abondantes. Jayle a appelé cette période, période d' « ataxie ovarienne ». Les hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique ne sont pas la règle absolue, mais sont fréquentes ; bien souvent, elles constituent le symptôme prépondérant, comme dans les cas rapportés par Hégar, Lawson, Tait, Léopold.

Bouilly, en 1889, a mis en lumière l'importance des hémorragies dans l'ovarite micro-kystique et le rôle joué par l'altération ovarienne dans leur production. Après lui, les métrorragies de l'ovaire kystique ont été étudiées par Gross, Siredey, Dalché, Gueller, les thèses de Barraud et de Delespine.

Ces hémorragies peuvent se présenter avec trois aspects : 1° sous forme de ménorragies, règles abondantes, prolongées, douloureuses ; 2° sous forme de métrorragie intermenstruelle pouvant durer plusieurs jours. Pour Bouilly, cette forme est rare ; Barraud ne l'a rencontrée que 15 fois sur 40 cas ; 3° sous forme de métrorragies irrégulières pouvant se produire plusieurs fois par mois, de telle sorte que ces malades « sont continuellement dans le sang » et s'acheminent vers un état de faiblesse et d'anémie graves.

3° *Les troubles nerveux.* — Toutes les femmes présentant le syndrome de l'ovarite scléro-kystique sont des nerveuses : caractère instable et irritable, impressionnable à l'excès, quelquefois véritable neurasthénie ; ces symptômes manquent exceptionnellement et souvent sont dominants chez les femmes dont nous nous occupons.

L'examen objectif est loin d'être en rapport avec l'inten-

sité des phénomènes subjectifs. Le ventre est souple, plus ou moins douloureux à la palpation des fosses iliaques ; quelquefois on trouve bien accusé le point ovarien de Bouilly, douleur localisée à la présence d'un point situé au milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse pubienne, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade. Plus souvent, la douleur provoquée est diffuse et surtout déterminée par la pression profonde.

Le toucher vaginal est souvent douloureux, surtout dans la région des culs-de-sac ; par le palper combiné, on perçoit dans le Douglas ou bien dans un cul-de-sac latéral sur le flanc de l'utérus un ovaire polulé, augmenté de volume, mobile et très sensible au toucher. On apprécie l'état de l'utérus, souvent augmenté de volume, quelquefois en rétrodéviation et très sensible en général.

Le résultat de l'exploration générale est d'ailleurs très variable ; chez bien des femmes qui souffrent beaucoup, on ne constate que des modifications insignifiantes, un utérus normal, des ovaires douloureux, mais dont l'augmentation de volume n'est pas très nette.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'ovaire scléro-kystique ont été bien étudiées par MM. Forgue et Massabuau, en 1910, et c'est sur leur travail que nous nous baserons pour faire une étude d'ensemble de ces lésions. Nous examinerons successivement les lésions ovariennes proprement dites, ensuite les lésions associées, tubaires, utérines, pelviennes et abdominales.

1° LÉSIONS DES OVAIRES. — L'ovaire scléro-kystique est ordinairement libre d'adhérences dans la cavité pelvienne : il est augmenté de volume, et sa surface montre l'alternance de petites saillies kystiques de volume variable et de plages dures, fibreuses, mamelonnées quelquefois comme des circonvolutions cérébrales ; il arrive même parfois que les masses dures et rétractées l'emportent sur les formations kystiques, l'ovaire est alors plus scléreux que kystique.

Les kystes ne dépassent guère, en général, le volume d'une cerise ou d'une noix au maximum. Quelquefois cependant ils sont plus gros et très nombreux ; l'ovaire revêt alors l'aspect d'une masse polykystique, qui peut atteindre le volume d'un œuf ou du poing et même exceptionnellement un volume plus considérable ; ce sont ces cas, anatomiquement

semblables aux précédents, auxquels Pozzi a donné le nom de « maladie kystique de l'ovaire ».

Ces kystes présentent deux variétés : les kystes séreux, de beaucoup les plus fréquents, les kystes hématiques, plus rares.

1° *Les kystes séreux.* — On peut les classer en trois groupes, au point de vue de leur genèse : les kystes par hydropisie du stroma, les kystes folliculaires, les kystes du corps jaune.

A. *Les kystes par hydropisie du stroma* sont rares et dus à une dissociation du tissu conjonctif par l'œdème et à une fonte des éléments de ce tissu qui aboutit à la formation de cavités remplies de liquide.

B. *Les kystes folliculaires.* — Ce sont les plus fréquents. Leur étude histologique a été bien faite tout d'abord par Paul Petit, Pilliet, von Kahlen. Ces auteurs ont établi que la lésion essentielle et primordiale réside dans le follicule. Il y a, dans l'ovaire kystique, un plus grand nombre de follicules en voie d'évolution que dans l'ovaire normal ; ces follicules sont atteints de bonne heure de lésions dégénératives qui débutent par l'ovule et la membrane granuleuse. Ils ne peuvent arriver jusqu'à maturité ; les plus petits subissent un processus d'atrophie et de sclérose, ils sont envahis par la prolifération conjonctive qui vient du stroma ; les plus volumineux deviennent kystiques.

La paroi des kystes comprend dès lors, en allant de la lumière vers la périphérie, des restes de la membrane granuleuse renfermant quelquefois l'ovule altéré quand le kyste ne dépasse pas le volume d'une cerise environ (Richtie, Webb, P. Petit), une lame fibreuse qui représente la thèque interne épaissie.

Les notions récemment acquises sur l'histologie normale de l'ovaire, la connaissance de l'atrésie folliculaire et des cellules interstitielles de l'ovaire à fonctions glandulaires dérivées du follicule atrésique, que nous devons à Prenant et à ses élèves, eut modifié cette conception de la genèse et de la structure des kystes folliculaires.

Les lésions de l'ovaire kystique étudiées au jour de ces faits nouveaux ont été bien mises en évidence par Seitz, Cohn, Wallart, Forgeue et Massabuau. Elles peuvent se résumer de la manière suivante :

Le nombre des ovaires en voie d'accroissement est augmenté. Ceux qui évoluent vers la maturité normale sont l'exception ; la plupart évoluent vers l'*atrésie*.

Cette atrésie, étudiée dans un follicule tout petit, se caractérise par les éléments suivants :

1° D'abord des altérations de l'ovule, disparition de la vésicule germinative, épaissement de la membrane pellucide, dégénérescence du protoplasma, envahissement de l'œuf dégénéré par des éléments cellulaires, surtout des leucocytes mononucléaires ;

2° Parallèlement à la dégénérescence de l'ovule se produit la dégénérescence de l'épithélium folliculaire ; il arrive un moment où la granuleuse, entièrement dissociée, n'est plus représentée que par quelques éléments cellulaires modifiés dans leur forme et méconnaissables ;

3° Les modifications de la thèque interne sont les plus importantes : la thèque interne s'élargit, ses cellules conjonctives deviennent progressivement de grosses cellules polygonales, d'aspect épithélioïde, serrées les unes contre les autres ; leur protoplasma est creusé de vacuoles dans lesquelles se trouve une substance lipoïde analogue à celle que l'on rencontre dans les cellules de la surrénale ; ce sont les *cellules lutéiniques de la thèque*, encore appelées cellules in-

terstitielles de l'ovaire. Cette atrésie folliculaire peut évoluer de deux manières. Ce sont :

a) *L'atrésie oblitérante*. — C'est l'atrésie des petits follicules. Leur cavité est remplie par les cellules lutéiniques de la thèque ; celles-ci subissent ultérieurement une régression conjonctive ; le tissu conjonctif bourgeonne également entre elles, et bientôt le follicule atrésié ne représente plus qu'un petit bloc conjonctif, une cicatrice dans le stroma ovarien.

b) *L'atrésie kystique*. — C'est l'atrésie des follicules plus volumineux. La cavité du follicule persiste malgré la disparition de l'œuf et de la granuleuse et l'exagération du développement des cellules de la thèque ; cette lumière se laisse distendre par du liquide ; ainsi se constitue un kyste folliculaire lutéiniques de l'ovaire kystique ; c'est un kyste revêtu de cellules lutéiniques de la thèque. Plus tard, la régression conjonctive envahit la couche des cellules lutéiniques et le kyste apparaît alors au microscope avec une paroi fibreuse renfermant des cellules en plus ou moins grand nombre comme l'avaient vu les anciens auteurs.

3° LES KYSTES DU CORPS JAUNE. — Ils sont plus rares que les précédents. Ils présentent quelques caractères qui permettent de les différencier des kystes folliculaires même lutéiniques. Leur couleur est un liquide épais, jaunâtre, souvent hématique ; à la face interne de sa paroi, on peut voir une sorte de membrane de couleur jaune chamois, dont la surface est irrégulièrement plissée et vallonnée. D'après la structure de la paroi, on distingue deux sortes de kystes : les kystes du corps jaune proprement dit, les kystes du corps fibreux. Les kystes du corps jaune possèdent une couche de cellules

jaunes, qui présentent les caractères suivants : *a*) sa surface externe est régulièrement ondulée, avec des saillies séparées par des sillons placés à peu près à égale distance les uns des autres ; *b*) les cellules se disposent en travées radiées séparées par du tissu conjonctif ; *c*) les cellules à lutéine sont plus volumineuses que celles de la thèque des follicules atrésiques ; leur protoplasma est parsemé de gouttelettes graisseuses et leur noyau très vésiculeux.

Les kystes du corps fibreux se développent dans le corps jaune en état de régression et leur paroi est constituée par une bande hyaline ondulée plus ou moins épaisse.

Ainsi, dans l'ovaire kystique, on peut rencontrer côte à côte :

1° Des ovules primordiaux normaux ;

2° Des follicules de de Graaf, qui présentent tous les signes de l'atrésie : dégénérescence de l'ovule et de la granuleuse, hyperproduction des cellules lutéiniques de la thèque qui deviennent des cellules sécrétantes, cellules interstitielles de l'ovaire ;

3° Quelques îlots de cellules lutéiniques, richement vascularisés, disséminés dans le stroma ovarien ; ils sont nés du bourgeonnement excentrique de la couche lutéinique des follicules atrésiques ;

4° Des kystes lutéiniques ; ceux-ci peuvent présenter plusieurs types différenciés d'après leur revêtement interne : *a*) kystes revêtus d'épithélium. Cet épithélium représente la granuleuse plus ou moins dégénérée, renfermant parfois l'ovule dégénéré ; *b*) kystes revêtus d'une lame de tissu conjonctif lâche, qui a de la tendance à proliférer dans la cavité et qui vient de la thèque interne. Dans les mailles de ce tissu conjonctif existent quelques cellules lutéiniques présentant des signes de décrépitude ;

5° Des kystes non lutéiniques, dont la paroi est purement

fibreuse ; ce sont d'anciens kystes lutéiniques dont la paroi ainsi que les cellules lutéiniques ont subi une régression conjonctive complète ;

6° Des kystes du corps jaune avec leurs deux variétés ;

7° Des cicatrices fibreuses blanchâtres résultant de l'oblitération conjonctive de certains follicules atresiques ;

8° Des follicules de de Graaf en voie d'évolution normale et des corps jaunes normaux.

A côté des kystes séreux, il faut faire une place à part aux kystes hématiques, assez fréquents dans les ovaires scléro-kystiques. Quelquefois ces kystes peuvent constituer la lésion prépondérante qui, seule, attire l'attention. Les mémoires de Zahet, Daniel, Jayle, les thèses de Vigneau, Boudey, ont contribué à les faire connaître. Le volume de ces kystes est variable ; en général petits, ils peuvent parfois atteindre le volume d'une cerise ; il arrive même, dans ces cas exceptionnels, que le kyste prend un volume anormal et constitue, à lui seul, la lésion prépondérante, atteignant les dimensions d'un œuf, d'une orange et même davantage. Leur accroissement se fait souvent au moment de la période menstruelle par rupture dans la poche sanguine des follicules de de Graaf, qui sont arrivés à maturité : ce sont les kystes ménorragiques de Boeckel.

Au point de vue histologique, on distingue trois sortes de kystes sanguins : 1° les kystes folliculaires, dont la paroi peut présenter des diverticules qui ne sont autres que les vésicules ovariennes ouvertes secondairement dans le kyste principal. La structure histologique de leur paroi est identique à celle des kystes séreux ; ce sont, au début, des kystes lutéiniques par atresie folliculaire, dont la paroi évolue progressivement vers la transformation fibreuse ; 2° les kystes des corps jaunes, reconnaissables à la présence dans leur paroi de cellu-

les particulières ; 3° les kystes par apoplexie du stroma, beaucoup plus rares que les précédents et limités par une simple paroi fibreuse.

Ces kystes hématiques ne sont pas sans intérêt au point de vue clinique. Sous l'influence d'un traumatisme, d'une poussée congestive, un kyste hématique peut se rompre donnant naissance à une hémorragie intrapéritonéale. A côté des inondations péritonéales d'origine tubaire par rupture de grossesse extra utérine, il faut tenir compte, bien que dans une moins grande proportion, des hémorragies d'origine ovarienne incertaine ; un certain nombre de cas en ont été publiés dans ces dernières années, comme ceux de Jayle, Maurange, Depage, Bender et Marcille, de Rouville, etc.

ALTÉRATION DES ORGANES VOISINS. — A. *Les trompes* ne sont pas enflammées, c'est là un caractère essentiel ; elles peuvent présenter de la congestion ou une légère hypertrophie due à l'infiltration scléreuse des parois ; quelquefois on trouve des petits kystes dans l'aileron.

B. *L'utérus* est rarement normal. Il peut présenter des lésions de métrite ; plus fréquemment, il présente un vice de position, il est en *rétrodéviatiou*. C'est un fait qui a été mis en évidence par Vallin et Mundé : sur 77 cas de prolapsus ovarien rapportés par ces auteurs, il existait 44 fois une rétrodéviatiou de l'utérus. Gazarossian, dans sa thèse, insiste également sur la fréquence des déviations utérines associées à l'ovarite scléro-kystique Dupont, dans une thèse inspirée par Pierre Delbet, rapporte 42 observations d'ovarite scléro-kystique avec, dans 33 cas, des déviations utérines. Findley, dans son rapport à la *British gynecology Society*, accuse la rétrodéviatiou dans 91 pour 100 des cas ; Forge et Massabuau, sur 150 cas

d'ovarite scléro-kystique pure, ont constaté 85 fois des déplacements utérins. Sur les 7 observations de notre travail, dans 5 cas, il y avait un déplacement utérin.

L'utérus dévié est presque toujours augmenté de volume ; ses parois sont hypertrophiées, leur consistance est fibreuse et lardacée ; la muqueuse est épaissie anormalement vascularisée et présente des lésions d'hyperplasie glandulaire : c'est la « sclérose utérine », associée à la sclérose ovarienne, dont Richelot et Doléris ont indiqué l'importance.

C. *Le varicocèle du ligament large* peut accompagner les ovaires scléro kystiques ; il est tellement accentué, dans certains cas, que le doigt introduit dans les culs-de-sac vaginaux peut percevoir à la base du ligament large un paquet variqueux comparable aux paquets de vers des varices du cordon.

D. *Les lésions associées de l'appendice* ne sont pas rares sous forme d'appendicite chronique sans lésions bien accentuées. Il en est de même de la « ptose rénale », qu'on rencontre quelquefois chez ces malades.

V

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La question capitale qui se pose, au sujet de l'ovarite scléro-kystique, est de savoir si cette lésion minime est vraiment la cause du syndrome morbide qui l'accompagne, et quelle est la part qui lui revient dans la genèse de chacun des symptômes : les douleurs, les hémorragies, les troubles nerveux généraux.

1. *Les douleurs.* — La cause essentielle des douleurs pelviennes réside-t-elle dans l'altération kystique des ovaires, est-elle proportionnelle au degré de cette dégénérescence kystique ?

Il est permis d'en douter pour les raisons suivantes :

a) Il y a un grand nombre d'ovaires kystiques qui ne sont pas douloureux, et rien dans leur structure anatomique ne permet de les différencier de ceux qui s'accompagnent de douleurs les plus vives. Ce sont les ovaires kystiques de la grossesse, ceux qui accompagnent les myomes et les néoplasmes utérins ou pelviens.

b) Il peut exister des douleurs pelviennes du type ovarialgique, qui présentent les caractères essentiels de douleurs de l'ovaire scléro-kystique et qui ne s'accompagnent pas d'al-

térations scléro-kystiques des ovaires. Ce sont les « névralgies pelviennes *sine materia*, dont Richelot s'est attaché à montrer la fréquence.

Quand on pratique, comme le recommande Richelot, la castration utéro-ovarienne pour ces névralgies ovariennes, on peut rencontrer des cas dans lesquels il existe un gros utérus et de gros ovaires kystiques, des cas dans lesquels l'altération micro-kystique des ovaires est insignifiante, des cas enfin où on ne constate aucune lésion ovarienne ; dans ces derniers, cependant, la femme souffre atrocement et l'ovaire absolument libre est de volume normal et douloureux à la palpation abdominale et au toucher.

c) Enfin les résultats thérapeutiques obtenus par les interventions pratiquées sur les annexes démontrent également que la dégénérescence scléro-kystique ne semble pas être le *primum movens* des douleurs.

Examinons, à ce point de vue, les statistiques publiées :

Pozzi, sur 15 cas traités par des interventions conservatrices sur l'ovaire, ignipuncture ou résection, obtient 9 récides et 6 guérisons. Sur 37 malades opérés par Boursier par des méthodes conservatrices, il en a été revu 23 ; parmi elles, il y a seulement 7 guérisons. Forge et Massabuau ont réuni un total de 313 observations d'ovarites scléro-kystiques traitées par des opérations diverses, dont 224 par l'ovariotomie uni ou bilatérale ; 133 de ces dernières ont été suivies par les chirurgiens qui les ont opérées, 54 ont continué à souffrir, 79 signalées comme simplement *améliorées* ; 74 ont subi des interventions conservatrices ; 50 ont été revues, parmi lesquelles 31 souffraient toujours, soit 60 pour 100 d'insuccès.

En bloc, on peut dire que la moitié des opérées continuent à souffrir. Pozzi, Boursier, en France, la *British Gynecology Society*, en Angleterre, sont arrivés à la même conclusion :

« Les résultats de la castration sont incertains, presque toujours les douleurs récidivent ».

On est, d'autre part, assez fondé à admettre que les cas qui guérissent bien par la castration sont des cas de salpingo-ovarite chronique banale, à lésions ovariennes micro-kystiques. Dans les cas que nous étudions ici d'ovaires scléro-kystiques douloureux essentiels, indépendants le plus souvent de toute infection pelvienne, la castration est vouée presque toujours à l'insuccès. Quelle est donc, dans ces cas, la cause réelle des douleurs pelviennes ?

Plusieurs hypothèses ont été soutenues :

1° Quelques chirurgiens ont incriminé la *rétrodéviation de l'utérus*.

Pierre Delbet a récemment soutenu cette conception dans la thèse de Dupont. Plusieurs arguments peuvent, en effet, être donnés en sa faveur :

a) *La fréquence de l'association des déviations utérines et de l'ovaire scléro-kystique douloureux*. — Nous avons donné au chapitre précédent les diverses statistiques qui démontrent la fréquence des déviations utérines associées. Cinq de nos observations sont, à cet égard, démonstratives.

A la rétrodéviatiou utérine se combine dans la genèse des douleurs le prolapsus de l'ovaire lui-même, que l'on touche dans le Douglas, flauquant l'utérus. Sous l'influence de toutes les causes de congestion pelvienne, l'utérus augmente de volume et comprime un ovaire gros, congestionné, forcément plus sensible, et c'est là pour bien des auteurs la cause des prolapsus ovariens douloureux.

b) *L'apparition des douleurs au moment des règles*, leur caractère fréquemment prémenstruel ou intermenstruel est en

faveur de leur origine dysménorrhéique proprement dite. Cette douleur menstruelle est bien celle que Vinot, dans son excellente thèse sur les rétrodéviations douloureuses, considère comme pathognomonique des déviations utérines et surtout des flexions.

c) *Les interventions* pratiquées dans l'ovarite scléro-kystique donnent des résultats plus stables quand on joint à l'ovariotomie ou aux opérations conservatrices la fixation de l'utérus rétrodévié comme la pratiquent systématiquement Pierre Delbet, Hartmann, Walther.

Cet argument n'est pas péremptoire, et Pozzi a soutenu, au contraire, que la rétrodéviation utérine n'est douloureuse que du fait des lésions ovariennes associées. Plus récemment, Jayle et de Lima, dans un important travail, ont confirmé cette manière de voir en se basant sur l'étude de 76 rétrodéviations utérines. D'ailleurs, l'hystéropexie combinée aux interventions ovariennes dans l'ovarite scléro-kystique douloureuse ne donne pas des résultats constants. Dans 11 cas rapportés par Dupont où les deux opérations furent réalisées, il y eut 6 récides. Sur 12 cas du même groupe rapportés par Delbet et Caraven, 6 malades ont continué à souffrir.

Nous trouvons toujours, et malgré l'hystéropexie, les mêmes résultats instables ; on peut en conclure que, si les déviations utérines peuvent, dans certains cas, jouer un certain rôle dans la genèse des douleurs pelviennes, elles ne constituent pas le *primum movens* constant de ces phénomènes douloureux.

2° *La sclérose utérine* a été incriminée pour expliquer les douleurs, en particulier par Richelot et Doléris. Ces auteurs soutiennent que beaucoup de femmes qui ont des ovaires scléro-kystiques présentent un syndrome de *pseudo-métrite*

douloureuse ; il est créé par un utérus volumineux, fibrogène, en voie d'évolution scléreuse ; ces lésions ne sont pas dues à une infection, mais sont sous la dépendance du tempérament arthritique qui crée un état de congestion permanente dans un organe prédisposé et qui favorise les proliférations fibreuses.

Un fait semble plaider en faveur du rôle joué par l'utérus dans la genèse des troubles douloureux ; ce sont les résultats plus stables donnés par la castration utéro-ovarienne que par les interventions limitées aux ovaires. Dès 1894, Richelot insistait sur ce point. Dans son livre sur *l'hystérectomie vaginale*, il rapporte 15 observations de malades qui n'avaient été nullement améliorées par l'ovariotomie ; toutes ont été guéries par l'hystérectomie vaginale secondaire. Au Congrès de chirurgie de 1895, le même auteur rapporte 35 cas analogues où l'hystérectomie secondaire a guéri des malades que l'ovariotomie n'avait pas améliorés. Il en conclut que la guérison, dans les névralgies pelviennes avec ou sans lésion des ovaires, est liée à l'ablation de l'utérus.

En 1900, Gross, Weiss, Vautrin, à la Société de médecine de Nancy, se rallient à cette opinion, qui semble avoir convaincu bien des chirurgiens à l'heure actuelle. Les faits concluants ne sont peut-être pas assez nombreux pour permettre de défendre l'hystérectomie systématique dans l'ovarite sclérokystique ; il n'en reste pas moins que le rôle de l'utérus lui-même dans la genèse des douleurs doit être pris en considération et constitue un facteur non négligeable.

3. *Le varicocèle pelvien* a été incriminé par quelques auteurs, par analogie à ce qui se passe dans le varicocèle chez l'homme ; or, dans le varicocèle douloureux, il faut faire jouer un rôle prépondérant à l'état névropathique du sujet qui localise sur

une lésion minime des phénomènes douloureux intenses. Ceci nous conduit à la conception pathogénique suivante :

4° *Les douleurs* sont sous la dépendance directe de l'état nerveux général.

Déjà, en 1892, à la Société de chirurgie, la plupart des chirurgiens français admettaient avec Quénu, Pozzi, Régnier, Richelot, que l'ovaire kystique qui accompagne les névralgies pelviennes ne peut être rendu responsable d'un syndrome douloureux d'une telle intensité ; la véritable cause doit être cherchée dans le tempérament nerveux de la malade.

Cette conception s'est précisée depuis lors. Quelques-unes de ces malades sont des hystériques ou des neurasthéniques. Hermann, dans un rapport en 1904, a bien insisté sur le rôle de l'hystérie proprement dite et de la neurasthénie, facteurs de grandes névralgies qui se localisent sur le système génital, chez des prédisposées, à la faveur d'une lésion minime très souvent. D'autres sont simplement des *neuro-arthritiques*. L'arthritisme, ce facteur capital des troubles congestifs, localise sa congestion sur un système génital prédisposé et favorise le développement de la sclérose utéro-ovarienne ; en même temps, les névralgies diverses sont l'apanage de ces neuro-arthritiques héréditaires ou acquises, et il n'est pas étonnant qu'elles se localisent avec prédilection sur un système génital en état de congestion chronique.

En faveur de l'origine nerveuse des douleurs pelviennes, on peut donner les arguments suivants : l'existence chez ces malades qui souffrent, avec de petites lésions, de symptômes de nervosisme ou de névrose qui ne peuvent avoir été créés de toutes pièces par la lésion des ovaires et qui constituent le fond même du tempérament de ces sujets ; les résultats inconstants du traitement chirurgical qui ne guérit souvent, ni les douleurs pelviennes, ni l'état névropathique ; le fait

que ces malades sont quelquefois améliorées ou guéries par une opération qui ne peut avoir qu'un effet de suggestion : l'ignipuncture d'un ovaire ; la section du sympathique sacré, qui a été exécutée par Jaboulay ; la dilatation de l'anus, qui a donné des améliorations à Poncet ; la simple laparotomie, qui a fourni à Pozzi des succès inespérés.

On peut, dans l'état actuel de nos connaissances, résumer comme suit la pathogénie du syndrome douloureux de l'ovarite scléro-kystique. Il faut distinguer :

1. Les ovaires scléro-kystiques douloureux par eux-mêmes : ce sont les ovaires kystiques des annexites chroniques qui s'accompagnent de péritonite pelvienne, d'adhérences et de salpingite ;

2. Des douleurs pelviennes et ovariennes qui s'accompagnent d'ovaires scléro-kystiques. Tantôt l'ovarialgie est une sorte de douleur réflexe, dont la cause doit être cherchée dans une lésion minime de l'utérus, et qui est exagérée par l'état névropathique. Tantôt l'état névropathique crée de toutes pièces la névralgie pelvienne chez une hystérique ; dans ce dernier cas, l'arthritisme a fait le lit à la douleur en créant ou exagérant la congestion pelvienne, en agissant comme un puissant facteur de névralgies.

5. *Les hémorragies.* — Quelle est la part que prennent les ovaires kystiques dans la genèse des hémorragies utérines ?

Ce point de pathogénie est imprécis dans les classiques.

Bouilly pense que le rôle principal appartient à l'utérus atteint d'endométrite, mais que l'ovaire ne reste pas indifférent, puisqu'il écrit : « En tous cas, cet état d'hypertrophie utérine, qui cause l'hémorragie, est entretenu par la lésion ovarienne ». Barraud, dans sa thèse, soutient que la lésion ovarienne joue un rôle prépondérant dans la production des hémorragies. C'est également l'opinion de MM. Forgue et

Massabau, qui donnent, en faveur de cette conception, les arguments suivants :

1. La persistance des métrorragies, après un curetage ou une intervention portant uniquement sur l'utérus ;

2. Leur guérison par l'ovariotomie, de même que leur disparition assez fréquente après la ménopause ; sur ce point, les résultats donnés par tous les auteurs, depuis Lawson Tait, sont concordants.

Comment peut-on, dès lors, concevoir le rôle exact joué par l'ovaire dans la genèse des hémorragies.

C'est un point que MM. Forgue et Massabau se sont attachés à préciser.

Ces auteurs étudient d'abord le mécanisme de l'hémorragie menstruelle physiologique. Dans les classiques, on l'explique encore par une action nerveuse réflexe, réflexe qui partirait du tissu ovarien irrité par la distension du follicule, qui serait transmis à la moelle et retentirait sur l'utérus pour déterminer l'hyperémie et l'hémorragie.

Cette théorie nerveuse de la menstruation s'efface actuellement devant la théorie humorale. L'ovaire agit sur l'utérus par sa sécrétion interne qui a sur lui une action vaso-dilatatrice et hémorragipare.

La théorie humorale est appuyée par les résultats qu'on obtient par les greffes et transplantations d'ovaires chez les femmes comme les ont pratiquées Morris, Dudley, Quénu, Tuffier, Delagenière, Mauclaire. Dans plusieurs cas, ces greffes ont été suivies de l'apparition des règles absentes jusque-là. Martin (de Chicago), sur quatre cas d'homotransplantation, a observé la réapparition des règles plusieurs mois après la greffe ; dans quelques cas même, il y a eu de véritables métrorragies.

La persistance des menstrues, dans ces cas, n'est pas due à une action nerveuse réflexe, mais bien à une action humo-

rale. Le substratum anatomique de cette sécrétion interne est représenté par les cellules lutéiniques ou cellules interstitielles de l'ovaire ; celles-ci peuvent se régénérer dans les ovaires transplantés, comme l'a montré Limon.

En s'appuyant sur ces faits, on peut soutenir que l'hémorragie menstruelle est la conséquence d'une modification utérine provoquée par la sécrétion interne de l'ovaire, dont le substratum anatomique est constitué par les cellules lutéiniques. Les constatations de Seitz qui, examinant des ovaires prélevés au moment de la menstruation, a constaté une hyperproduction des « thecalutein-Zellen » viennent fournir une véritable démonstration anatomique.

A la lueur de ces considérations physiologiques, on peut envisager, d'une façon nouvelle, le rôle joué par la dégénérescence micro-kystique des ovaires dans la genèse des hémorragies.

Les ovaires kystiques se caractérisent anatomiquement par une exagération des atrésies folliculaires avec sa conséquence naturelle : l'hyperproduction des cellules lutéiniques. La sécrétion interne est donc exagérée, elle agit sur l'utérus, qui se congestionne et saigne.

Trois faits militent en faveur de cette conception :

1° Les ovaires scléreux, c'est-à-dire dans lesquels tout le tissu noble est atrophié, s'accompagnent exceptionnellement de métrorragies ; ainsi que l'a montré Pozzi, l'hémorragie est l'apanage des ovaires kystiques peu scléreux.

2° Les hémorragies les plus abondantes se rencontrent dans les cas où les ovaires kystiques présentent une hyperproduction colossale de cellules lutéiniques comme au cours de l'évolution des tumeurs chorio-épithéliales de l'utérus.

3° Il n'est pas rare que les hémorragies des ovaires kystiques des jeunes femmes coexistent avec un syndrome d'hyper-

ovarie qui se caractérise en dehors des métrorragies par la précocité intellectuelle et sexuelle, par une fécondité quelquefois remarquable et assez souvent transmise héréditairement, par une exagération de quelques éliminations urinaires, en particulier de l'azote et des phosphates, par du nervosisme.

En résumé, la dégénérescence micro-kystique des ovaires paraît jouer un rôle plus important dans la genèse des troubles de la menstruation et des hémorragies que dans celle des douleurs pelviennes.

CONCLUSIONS

I. — La dégénérescence micro-kystique, qui est la lésion fondamentale de l'ovarite scléro-kystique, se caractérise anatomiquement : par une exagération du nombre des follicules en voie de croissance et par l'évolution atrésique de la plupart d'entre eux ; quelques-uns subissent l'atrésie oblitérante, d'autres l'atrésie kystique. La caractéristique de l'évolution atrésique est la formation, aux dépens de la thèque interne, de cellules spéciales, les cellules lutéiniques, qui ont une fonction de sécrétion. Dans la paroi des petits kystes, on trouve pendant longtemps ces éléments cellulaires spéciaux.

II. — Les douleurs pelviennes très intenses de l'ovarite scléro-kystique ne sont pas la conséquence directe de la lésion ovarienne ; on les a attribuées aux déviations utérines concomitantes, à la sclérose utérine, au varicocèle pelvien. Il est plus logique d'admettre qu'elles sont sous la dépendance de l'état nerveux général, hystérie, neurasthénie, neuro-arthritisme.

III. — Les hémorragies sont assez fréquentes dans l'ovarite scléro-kystique. La lésion des ovaires est un facteur

essentiel de leur production et de leur entretien. Les ovaires micro-kystiques renferment une hyperproduction de cellules lutéiniques, qui répond à une suractivité de la sécrétion interne ; cette sécrétion interne agit sur l'utérus, qui se congestionne et saigne.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 20 mai 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 20 mai 1919

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRAUD. — Les métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique. (Thèse de Bordeaux, 1902-1903, n° 132.)
- BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. (Bulletins de la Société anatomique, 1904.)
- BOUDEY. — Les hémorragies de l'ovaire. (Thèse de Bordeaux, 1902-1903, n° 119.)
- BOUILLY. — Les métrorragies d'origine ovarienne. (La gynécologie, 1899.)
- Des poussées congestives intermenstruelles. (Revue de gynécologie, 1897.)
- L'ovarite scléro-kystique. (La Gynécologie, juin 1900.)
- COHN. — Zur Histologie und Drusenfunction des Corpus luteum. (Anatom. Anzeiger, 1904, t. XXV, n°s 2 et 3.)
- CONZETTE. — L'ovaire à petits kystes. (Thèse de Paris, 1890, n° 119.)
- DELESPINE. — Métrorragies et affections annexielles. (Thèse de Paris, 1905, n° 447.)
- DOLÉRIS et ROULLAND. — Les annexites non infectieuses. (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1907, p. 385.)

- FINDLEY. — Cystic degeneration of the ovaries; anatomical and clinical study of 180 cases. (American Journal Obstetric, 1894, t. XLIX, pp. 762 et 819.)
- FRAIKIN. — L'ovarite scléro-kystique. (Thèse de Bordeaux, 1900.)
- FRAENKEL (L.). — Recherches histologiques sur la présence des formations glandulaires dans le tissu interstitiel de l'ovaire. (Archiv. für Gynakologie, 1905, t. LXV.)
- GAZAROSSIAN (G.) — Contribution à la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique. (Thèse de Paris, 1903, n° 394.)
- F. GROSS. — Sur les hémorragies utérines et la dégénérescencescléro-kystique des ovaires. (Revue médicale del'Est, 1900.)
- JAYLE (F.). — L'hématocèle rétro-utérine par rupture de kyste hématique de l'ovaire. (Revue de gynécologie, 1909, p. 185.)
- JAYLE (F.) et DE LIMA. — Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses. (Revue de gynécologie, 1897, p. 975.)
- KAHLDEN. — Uber die Kleincystische degeneration der ovarien und ihre Beziehungen zu dem sogenannten Hydrops folliculi. (Zieglers Beiträge, 1901, t. XXXI.)
- LIMON. — Etude histologique et histogénétique de la glande interstitielle de l'ovaire. (Thèse de Nancy, 1902, n° 8.)
- PILLET. — Etude anatomo-pathologique de l'ovarite scléro-kystique. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, novembre 1890.)
- RICHELOT. — L'hystérectomie vaginale. (Congrès de chirurgie, 1894-1895.)

RICHELOT. — Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses.
(Bulletin médical, 1899.)

De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes. (Bulletin de la Société de chirurgie, 1892.)

SEITZ. — L'atrésie folliculaire pendant la grossesse, en particulier l'hypertrophie et l'hyperplasie des cellules de la thèque interne et ses rapports avec la formation du corps jaune. (Archiv. für Gynacologie, 1906, t. LXXVII.)

VINOT. — De la douleur dans les rétrodéviations utérines.
(Thèse de Paris, 1898-99, n° 33.)

WALLART. — Zur Frage des ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normale Schwangerschaft. (Centralblatt für Gynakol., 1905, n° 13.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
